Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22296669

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LA COQUELUCHE

PAR

Le Dr Noël GUENEAU DE MUSSY

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC., ETC.

1875

—

EXTRAIT

De l'Union Médicale (3e série), année 1875.

—

ÉTUDES CLINIQUES

SUR

LA COQUELUCHE

A Monsieur le docteur Ernest BARTHEZ

CHER AMI,

Il y a cinquante ans que nous nous sommes rencontrés; et depuis lors nous avons toujours marché ensemble dans les mêmes chemins. Permets-moi de consacrer ce petit travail au souvenir de notre vieille et constante amitié. Je le soumets au contrôle de ton expérience, bien plus étendue que la mienne dans les maladies de l'enfance. Si mes observations et les conclusions que j'en ai déduites te paraissent inexactes, tu les rectifieras; tu sais que le regret de m'être trompé trouvera un ample dédommagement dans le plaisir d'arriver à la connaissance de la vérité, et d'y être ramené par toi.

Noël GUENEAU DE MUSSY.

J'ai étudié dans un précédent travail les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence d'un engorgement des ganglions bronchiques, alors même que cet engorgement n'offre qu'un médiocre développement. J'ai dit que cet engorgement pouvait être observé dans presque toutes les affections des bronches, du poumon et des plèvres, et qu'il en modifiait l'expression symptomatique. Depuis lors, de très-

nombreuses observations ont confirmé ces assertions; des travaux postérieurs au miens sont venus affirmer l'exactitude des faits que j'avais énoncés; plusieurs autop sies ont vérifié les diagnostics portés pendant la vie, et, dernièrement encore, che une femme qui a succombé à une fièvre typhoïde, on a trouvé du côté droit un engor gement ganglionnaire, gros comme un œuf de pigeon, qui avait été reconnu pen dant la vie, et qui avait mêlé sa note aux autres symptômes de la maladie.

En me fondant sur plusieurs faits que j'avais rencontrés, j'ai attribué à l'adéno pathie bronchique ces coqueluches chroniques, admises par tous les auteurs, qui pe sistent quelquefois pendant plusieurs années, et dont la durée constituait un étrange exception aux lois qui régissent les autres maladies contagieuses.

Rapprochant les symptômes connus de l'adénopathie bronchique, et surtout cett toux convulsive suivie d'une inspiration sifflante des symptômes de la coqueluche je me suis demandé si cette adénopathie ne jouait pas un rôle dans la productio de la toux convulsive qui accompagne cette affection ; si, en un mot, elle ne serva pas d'intermédiaire entre cette congestion de la muqueuse respiratoire qui carac térise la période catarrhale de la maladie et cette incitation du pneumo-gastriqu qui donne à la période spasmodique sa physionomie toute spéciale, qui en e même jusqu'ici pour le médecin le seul signe positif.

Depuis lors, j'ai observé un assez grand nombre de coqueluches; et si j'hésite répondre à ces questions par une affirmation absolue, c'est parce que l'interprét tion physiologique des faits morbides comporte rarement une démonstration rigou reuse; mais je crois que l'ensemble des faits observés et leur analyse cliniqu donnent à mes premières présomptions toutes les probabilités auxquelles on pe prétendre en pareille matière.

Avant d'exposer les résultats de mes nouvelles recherches, je rappellerai succin tement les principaux caractères de la maladie.

La coqueluche est une affection essentiellement contagieuse, il en est peu qui soient au même degré. Nélaton racontait que, dans une réunion de douze enfant il s'en trouva, pendant quelques instants seulement, un qui avait la coqueluche; s'en aperçut presque immédiatement après son arrivée, on le fit sortir, ce qui n'en pêcha pas les onze autres enfants de contracter la maladie. L'air avait été évider ment le véhicule du contagium, et il a souvent suffi d'un séjour de quelques m ments dans la chambre d'une personne atteinte de coqueluche pour en contract le germe.

Cette puissance de contagion établit un rapport frappant entre la coqueluche et l fièvres éruptives, avec lesquelles elle a peut-être de plus intimes analogies.

Elle débute d'abord par une toux sèche, courte, saccadée, fréquente, accor pagnée d'une sensation de titillation gutturale insupportable; puis bientôt l secousses de toux se groupent en quintes plus ou moins prolongées qui se répète

par intervalles. Les quintes sont très-souvent plus accentuées la nuit que le jour, et ce caractère, sans avoir une valeur absolue, peut faire soupçonner le début de la coqueluche. Sèches d'abord, elles sont, au bout de quelques jours, suivies de l'expectoration de mucosités filantes, et souvent de contractions gastriques, d'une sorte d'éructations qui ne tardent pas à se changer en vomituritions.

Quelquefois, chez les enfants prédisposés, la coqueluche, comme toutes les maladies dans lesquelles le larynx est congestionné, débute par des accès d'angine striduleuse; l'angine glanduleuse accompagne ordinairement cette disposition au faux croup chez les enfants. Trousseau en a observé qui, plus de vingt fois par minute, poussaient un effort de toux se répétant à chaque expiration avec une continuité fatigante. J'ai rencontré en dehors de la coqueluche des toux semblables : une disposition névrosique, parfois l'allongement de la luette m'ont paru être les conditions de cette variété de toux que j'ai calmée plusieurs fois par des applications morphinées sur le pharynx et sur l'isthme du gosier.

Pendant la première période de la coqueluche, la langue est saburrale sans que l'appétit soit ordinairement altéré. En observant la gorge, j'ai trouvé la luette rouge, injectée, ainsi que la partie interne des piliers antérieurs du voile du palais. Cette injection dessine sur ces piliers deux bandes d'un rouge rosé qui en suivent les contours et vont se réunir dans la base de la luette. Tout l'isthme du gosier et le pharynx présentent la même injection; les glandules de ce dernier deviennent saillantes et donnent à la muqueuse un aspect chagriné ou granuleux.

Si j'insiste sur cette circonstance, ce n'est pas que je puisse attribuer à cette injection des caractères qui la distinguent de l'injection observée dans toutes ces phlegmasies pharyngo-laryngiennes, qu'on désigne sous le nom de rhumes ou de grippes; mais j'appelle l'attention sur ce point pour qu'on recherche si cette injection n'aurait pas en effet, dans sa forme, dans son siége, dans son développement, dans sa durée, quelque chose de spécial qui en ferait un énanthème muqueux (1). Je crois avoir déjà montré le caractère énanthématique d'autres maladies; je crois avoir prouvé que la fièvre de foin n'était, souvent au moins, que l'irradiation sur la muqueuse respiratoire d'éruptions cutanées. Dans l'urticaire accompagnée de vomissements et

(1) A ceux qui s'étonneraient de me voir chercher un caractère spécifique dans ces congestions des membranes muqueuses qu'on a l'habitude de considérer comme des manifestations communes du processus inflammatoire, je dirais que l'inflammation n'est qu'un mode que peuvent revêtir des actions morbides essentiellement différentes dans leur nature intime. Je leur demanderais pourquoi toutes les anomalies, toutes les affections congestives ou inflammatoires du tégument externe sont étudiées et décrites comme des états morbides distincts? Pourquoi donc les affections du même ordre dans le tégument interne seraient-elles confondues sous le nom banal d'inflammation? D'où vient cette tendance à spécialiser les maladies de la peau, à les étudier dans leur cause intime, et à réunir les affections des membranes muqueuses sous une vague dénomination, en les considérant exclusivement dans leur forme, et, par conséquent, dans leurs caractères superficiels?

de troubles gastriques, j'ai vu sur la voûte palatine et sur le pharynx des plaques érythémateuses, elles indiquaient que la congestion dermique se répétait sur le tégument interne, et elles étaient en quelque sorte les avant-postes d'une invasion énanthémateuse que l'œil ne pouvait suivre au delà du gosier, mais qui semblait se manifester sur toute la longueur de la muqueuse digestive par les troubles violents et passagers qui accompagnaient le prurit et l'exanthème cutanés.

Sans trop se hasarder, je crois, on peut considérer comme se rattachant à des énanthèmes morbilleux les troubles pulmonaires et gastriques qui accompagnent la rougeole.

J'ai dit que dans les oreillons, dont un grand nombre de médecins ont signalé les analogies frappantes avec les fièvres éruptives, j'avais constaté au début un énanthème buccal; j'ai eu depuis l'occasion de répéter cette observation; j'ai vu et j'ai montré à des confrères, au début des oreillons, une rougeur saumonée de la voûte palatine et de la membrane buccale qui disparaissait au bout de quelques jours. Je crois donc que l'intuition médicale qui avait fait rapprocher les oreillons des fièvres éruptives était fondée, que l'action morbide s'exprime sur les membranes tégumentaires comme dans les autres maladies de cet ordre. Seulement l'élément énanthématique est ici d'une importance secondaire; je ne crois pas qu'on puisse établir une relation pathogénique entre cet énanthème buccal et la fluxion parotidienne qui est le phénomène principal de cette affection. Mais cette manifestation tégumentaire me semble faire rentrer plus nettement les oreillons dans la classe des fièvres éruptives; dans celles-ci, la lésion cutanée n'est pas toujours non plus l'élément le plus important; la bronchite de la rougeole précède l'exanthème et domine le pronostic.

Si mes observations conduisaient à admettre un énanthème dans la coqueluche et si en même temps l'adénite ganglionnaire était regardée comme la cause déterminante des phénomènes spasmodiques qui manifestent l'irritation de la dixième paire, il n'en faudrait pas moins reconnaître une disposition particulière de ces ganglions à se congestionner dans cette affection. Cet engorgement m'a paru commencer pendant le premier septénaire.

Quoique j'en aie décrit ailleurs les signes, j'y reviendrai pour les préciser davantage dans la maladie qui nous occupe. Pour déterminer l'état des ganglions, il convient de se placer au côté gauche du malade, et on applique son médius gauche sur la partie supérieure du sternum, parallèlement à l'axe de cet os, dans le prolongement des attaches internes des sterno-mastoïdiens; on percute comparativement des deux côtés, en parcourant successivement la largeur du sternum, la région thoracique contiguë à cet os et l'articulation sterno-claviculaire. La diminution de la sonorité ou au moins une tonalité plus aiguë, et en même temps une diminution de l'élasticité très-facilement appréciable, sont des signes de l'engorgement ga

lionnaire; quelquefois la matité, la résistance, la modification de la tonalité sont ornées à une partie limitée du sternum, spécialement à celle qui avoisine la euxième articulation sterno-costale. En arrière, il est préférable de se placer du ôté droit du malade, pour pouvoir plus aisément coucher son médius gauche ans la gouttière vertébrale, sur les lames des quatre ou cinq premières vertèbres orsales et de la septième cervicale, en inclinant un peu la face palmaire du doigt ers les apophyses épineuses.

En même temps que la percussion constate des modifications de sonorité, l'ausultation fait entendre des modifications du bruit respiratoire du côté correspondant aux ganglions malades. Ce bruit est plus faible, plus rude, plus aigu dans un obe ou dans tout un côté, suivant la bronche comprimée; quelquefois il est aspiré u roncheux; assez souvent il est suivi d'expiration, surtout dans la fosse suspineuse où cette expiration prend parfois un timbre soufflant, dans certains cas rès-caractérisé.

Quand la tumeur ganglionnaire, au lieu de comprimer la bronche mère, comprime ne de ses divisions, on peut, dans la partie du poumon qui dépend des divisions estées libres, entendre de la respiration supplémentaire.

Ainsi que je l'ai signalé, la diminution de l'expansion thoracique est une conséuence de la compression de la bronche principale par les ganglions engorgés; avais imaginé, avec le concours de M. Mathieu, un instrument destiné à mesurer ette expansion, qu'on peut déjà apprécier approximativement en appliquant les eux mains sur les parties latérales de la base du thorax, pendant que le malade xécute de grands mouvements respiratoires. Un moyen plus simple et plus démonsratif consiste à engager le malade à faire un petit effort de toux pendant que, placé errière lui, on embrasse avec ses deux mains les parties latérales de la base de son orax. On constate alors que le côté sain est soulevé avec force, et que l'autre l'est us faiblement ; je dis un petit effort de toux, parce que le brusque ébranlement d'un olent effort rend la comparaison moins nette. J'ajouterai encore à la symptomalogie de l'adénopathie bronchique une autre circonstance qui ressort de la même use : presque toujours les malades dorment du côté affecté, précisément parce ie ce côté respire moins librement que l'autre; et les gémissements nocturnes, dont parlerai plus bas, m'ont paru plus accusés quand le malade, fatigué de garder la ême position, se tournait sur le côté sain (1).

(1) J'ai vu dernièrement une jeune fille qui, depuis sept ans, à la suite d'une angine couenuse, a une toux quinteuse; cette toux a augmenté depuis quatre ans, après une fièvre hoïde ; elle présente les signes d'une adénopathie bronchique type du côté droit. L'expan-n de ce côté est très-limitée; depuis quatre années, ce côté s'est incurvé, et on constate un er degré de scoliose; je me suis demandé si le rétrécissement de ce côté, consécutif à la npression de la bronche, n'avait pas pu favoriser la déformation de la poitrine.

L'engorgement des ganglions est-il constant dans la coqueluche? Je l'y ai toujours rencontré à des degrés divers depuis que mon attention est dirigée sur ce point. Mais ce toujours n'est que l'expression d'une expérience individuelle, par conséquent restreinte. Cet engorgement est, d'ailleurs, tellement commun, chez les jeunes sujets surtout, dans toutes les maladies des organes respiratoires, qu'on ne voit pas pourquoi il n'existerait pas dans la coqueluche. Il paraît y être plus prononcé que dans les affections communes des bronches, et tendre à persister pendant un temps plus long. Ces circonstances sont-elles suffisantes pour expliquer la fréquence des accidents spasmodiques dans la coqueluche, et leur rareté relative dans les autres formes de bronchite? Ces accidents se montrent parfois cependant dans ces dernières et dans certains cas, avec des caractères tellement semblables à ceux qu'on observe dans la coqueluche, qu'on peut hésiter pendant quelque temps sur le diagnostic. Sans entrer dans le domaine des hypothèses invérifiables, on peut dire que l'incitation anomale du pneumogastrique, et que la compression des bronches par les ganglions tuméfiés paraissent une explication satisfaisante des troubles d'innervation et de respiration observés dans la coqueluche et dans certaines bronchites. Non-seulement le volume, mais le siége de la tuméfaction dans tels ou tels ganglions pourront accentuer plus ou moins les phénomènes névropatiques : certain trouble d'innervation en particulier ou certaine anomalie respiratoire se manifesteront, selon que l'action morbide portera sur certaines parties du ner ou des tuyaux aériens, et y portera avec plus ou moins d'énergie. Qu'y aurait-i d'étonnant à ce que la localisation de l'irritation congestive, dans telle ou telle régio de la muqueuse respiratoire, retentît sur tel ou tel groupe de la masse ganglionnaire qui enveloppe la trachée et l'origine des bronches? De là une action variabl sur le pneumogastrique ou sur les gros troncs bronchiques, selon les ganglion affectés.

Les rapports des différents groupes de ganglions bronchiques avec le pneumo gastrique, pourraient rendre compte de la diversité des symptômes observés. M. l docteur Baréty a bien étudié dans sa thèse cette disposition anatomique; d'aprè ce médecin distingué, les ganglions bronchiques forment trois agglomérations prin cipales : l'une, inférieure, occupe l'angle formé par la divergence des deux grosse bronches qui naissent de la bifurcation de la trachée. Ce groupe inférieur se trou en contact immédiat avec les deux pneumogastriques, au point où ils se réunisse pour former le plexus pulmonaire, et par conséquent avec ce plexus pulmonaire lu même. On comprend les troubles respiratoires et gastriques qui peuvent résulter la tuméfaction de ces ganglions.

Deux autres groupes placés au-dessus de l'origine des grosses bronches sont log dans les angles qu'elles forment de chaque côté avec la trachée; le groupe gauche est placé entre l'aorte et la bronche gauche, celui de droite entre la bronc

droite et le tronc brachio-céphalique; à gauche, ces ganglions enveloppent le récurrent et sont séparés du tronc du pneumogastrique par l'aorte; à droite, ils sont en rapport avec le récurrent, et, en outre, avec le tronc du pneumogastrique de ce côté. Ces deux groupes se continuent de chaque côté avec une chaîne ganglionnaire qui accompagne le récurrent dans sa marche ascendante le long de la trachée. Il résulte de cette disposition et des rapports intimes des ganglions trachéo-bronchiques avec les nerfs de la dixième paire, que tout travail morbide, développé dans ces ganglions, retentit presque inévitablement sur ces nerfs pour les stimuler ou pour y troubler par compression la circulation de l'influx nerveux; ainsi pourraient être expliquées les altérations de la voix, ces dyspnées, ces toux rauques, ces inspirations sifflantes et comme étranglées entre les lèvres de la glotte convulsivement contractées. La toux elle-même ne pourrait-elle pas en dépendre par une action directe ou réflexe? Les quintes semblent manifester une excitation qui s'accumule, puis se décharge brusquement par intervalles jusqu'à ce qu'elle soit épuisée.

On pourrait interpréter de la même manière les irrégularités de la respiration, les gémissements nocturnes et diurnes dont nous parlerons plus bas. Les vomissements sembleraient plutôt imputables à l'excitation du tronc même de la dixième paire.

Pour rester dans les limites d'une observation rigoureuse et de l'induction scientifique, je ne présente ces explications que comme des probabilités; mais, à mesure que nous avancerons dans l'étude des faits, nous verrons combien ces faits s'accumulent en faveur de cette théorie, quelle lumière ils en reçoivent, pour nous faire approcher autant que possible d'une démonstration.

La toux convulsive, le sifflement inspiratoire sont tellement des phénomènes secondaires, qu'ils ne se montrent pas au début; pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, la toux conserve le caractère catarrhal. Quand ils apparaissent, les phénomènes spasmodiques se montrent chez les différents malades avec une intensité très-inégale. Bien plus, ils peuvent faire presque complétement défaut. Dans les foyers ou règne la coqueluche, il n'est pas rare de voir des sujets qui sont pris, en dehors des influences saisonnières, de toux quinteuses, pénibles, fatigantes, opiniâtres, accompagnées parfois de vomiturition, mais sans ce sifflement inspiratoire qu'on regarde habituellement comme le symptôme caractéristique de la coqueluche; elles en ont l'évolution, la durée habituelle et l'expression symptomatique, sauf un seul phénomène.

Chez d'autres, ces caractères sont encore plus effacés; la durée de la maladie est plus courte; cependant la toux prend parfois un caractère quinteux, spasmodique; cette variété est quelquefois observée chez des sujets qui ont eu antérieurement la coqueluche, mais qui se trouvent dans le milieu contagieux. En présence de ces

faits, il m'était difficile de ne pas penser à ces dégradations et ces formes affaiblies des fièvres éruptives, qu'on observe quelquefois comme manifestations primitives du contagium, beaucoup plus souvent chez des malades qui en ont déjà subi antérieurement une première atteinte ; et j'étais porté à regarder ces affections comme des *coqueluchoïdes;* une seule preuve expérimentale pourrait affirmer la légitimité de cette assimilation : ce serait la contagion transmise et la maladie reproduite avec tous ses caractères essentiels par des sujets qui n'en présentent que des symptômes aussi peu accusés.

J'ai décrit, en tâchant de les rattacher à leurs conditions organiques, les premiers symptômes de la coqueluche; j'y ajouterai un phénomène que j'ai fréquemment observé, et qui, je crois, n'a pas été signalé : ce sont des plaintes poussées pendant le sommeil, une sorte de gémissement qui accuse le malaise inspiratoire. Ces gémissements sont encore plus prononcés dans la période suivante ; ils m'ont paru augmenter, comme je l'ai dit plus haut, quand le malade se couchait sur le côté opposé aux ganglions affectés; quelques enfants poussent ces gémissements, même dans le jour, après les quintes. Je suis porté à croire que l'adénopathie bronchique joue un rôle dans la production de ce phénomène, car je l'ai observé en dehors de la coqueluche, chez des sujets affectés d'engorgements des ganglions bronchiques; on le rencontre fréquemment chez les phthisiques; on sait combien la tuméfaction ganglionnaire est commune chez eux.

Dernièrement j'observais ces gémissements nocturnes chez une dame, plus de six semaines après le début de la coqueluche. Elle n'avait plus que des quintes rares et affaiblies, quoiqu'elle présentât encore des signes d'adénopathie bronchique ; cette adénopathie avait été chez elle très-caractérisée. Elle gémissait souvent en dormant; quelquefois, disait-elle, dans un de ces états de sommeil partiel que j'ai appelés sommeil *conscient*, elle éprouvait un *spasme* du gosier et une sensation de gêne qui la portait à gémir. Je ferai remarquer cette expression de *spasme* qui confirmerait mes soupçons sur le rôle que l'engorgement ganglionnaire peut jouer, en provoquant une stimulation du récurrent, dans la production de ces gémissements.

La durée moyenne de la première période de la coqueluche est de huit à quinze jours.

Il y a assez souvent de la fièvre pendant cette période catarrhale, que j'appelle volontiers période exanthématique. Cette fièvre, qui est peu intense, s'accentue surtout le soir ; elle est accompagnée souvent de moiteur et parfois de sueurs abondantes. Cet état fébrile m'a paru plutôt exprimé par une légère élévation de la température, appréciable au thermomètre, que par une accélération très-notable du pouls. Il y aurait lieu de chercher si l'excitation du pneumogastrique ne pourrait pas modifier le trouble circulatoire qui est un des éléments de la fièvre. Nous voyons de

le rhumatisme articulaire aigu et dans d'autres maladies fébriles certains médicaments, comme le sulfate de quinine, ralentir le pouls, le ramener quelquefois à son chiffre habituel, quoique la température reste anomale (1).

Le phénomène dominant de la seconde période dans la coqueluche confirmée est la quinte convulsive qui est considérée comme le signe essentiel, caractéristique de la maladie ; nous avons vu quelle restriction doit être apportée à la valeur diagnostique de ce symptôme.

Les quintes de toux, dans la coqueluche confirmée, se composent de plusieurs séries de secousses expiratoires, bruyantes, violentes, suivies ou plutôt entrecoupées soit d'une inspiration longue, sifflante, clangoreuse, soit d'une sorte de hoquet.

Ces séries de secousses de toux, séparées par de courts entr'actes, sont quelquefois en nombre constant : deux ou trois par accès, quelquefois beaucoup plus nombreuses. Il y a ordinairement plusieurs accès pendant la nuit. Quelquefois, à chaque secousse expulsive succède une inspiration sonore. Chez les très-jeunes enfants, cette inspiration est beaucoup moins bruyante, elle ressemble parfois à une sorte d'aboiement ; les phénomènes asphyxiques sont plus prononcés et plus dangereux. La durée des accès varie de quinze secondes à quinze minutes (Barthez).

Leur nombre n'est pas moins variable suivant les sujets : il y en a parfois vingt, trente et plus encore, on en a compté jusqu'à soixante-douze. Ce nombre va en diminuant à mesure que la maladie marche vers son déclin, avec cette circonstance que, dans la période d'acmé, ils sont en général plus fréquents pendant la nuit, tandis qu'ils se répètent plus souvent pendant le jour dans la période de décroissance.

D'après MM. Rilliet et Barthez, auxquels j'emprunte ces détails, la violence et la fréquence des quintes vont en augmentant jusqu'au vingt-neuvième ou trente-troisième jour, et, après être restées quelque temps stationnaires, subissent une décroissance rapide.

Pendant les quintes, la face s'injecte, devient turgescente, violette ; les yeux, injectés et saillants, se remplissent de larmes et quelquefois se sugillent d'extravasations sanguines. Après les accès, ils restent larmoyants, cernés et bouffis ; la peau est chaude et moite, le pouls est accéléré.

Ces quintes se terminent par l'expectoration d'une matière visqueuse, filante, en même temps qu'une sécrétion fluide s'échappe par les fosses nasales.

Pendant les premiers jours, les malades accusent des douleurs dans la région épigastrique, derrière le sternum et à la base du thorax. Ces douleurs sont exaspé-

(1) J'ai sous les yeux, en ce moment, un cas d'érysipèle ambulant qui présente le même phénomène : le pouls, sous l'influence du sulfate de quinine, est tombé à 60, et la chaleur dépasse 38.

rées par la toux; au bout de peu de jours, elles s'apaisent; véritables douleurs de courbature musculaire, elles sont comparables à celles qu'on éprouve le premier jour qu'on se livre à un exercice violent, comme l'équitation ou la danse, et que l'habitude fait disparaître.

L'enfant pressent l'arrivée des accès; il a un sentiment d'oppression et de malaise respiratoire; il quitte ses jeux, devient triste, et semble quelque temps lutter contre la sensation qui le provoque à tousser. Il contient sa respiration, garde le silence, ferme la bouche; mais, en dépit de ses efforts, il sent que la quinte va faire explosion. Il éprouve de l'inquiétude, de la jactitation ; il se tourne dans son lit, s'il est couché; s'il est assis, il se lève et cherche un point d'appui; son pouls et sa respiration s'accélèrent.

Quand, pendant cette période, on ausculte les malades, on constate des modifications du bruit respiratoire qui sont en rapport avec les deux éléments principaux de la maladie : la congestion de la membrane muqueuse qui tapisse le tube aérifère et l'adénopathie bronchique. Le murmure vésiculaire est rude, souvent ronchcux et sibilant; dans l'imminence des accès, ces ronchus se multiplient. On peut quelquefois diagnostiquer l'explosion prochaine des quintes par l'abondance de ces bruits bronchiques. L'apparition des râles humides accuse une complication due à des imprudences ou à l'état constitutionnel du malade.

Le mouvement, le refroidissement, les émotions peuvent provoquer les accès ceux-ci se répètent quelquefois à de si courts intervalles, que les malades paraissen suffoqués; la face se cyanose, les veines deviennent turgescentes; on a vu des ma lades qui, à la suite de ces crises, ont eu des attaques d'épilepsie. J'en ai observé un cas chez un homme gros, court, replet, de structure apoplectique. Quelques semaine après le début de la coqueluche, il éprouvait plusieurs fois par jour des vertiges pen dant lesquels il tombait complétement inconscient. La face devenait livide, quelque mouvements convulsifs agitaient la face et les membres, et il sortait, de cette crise ahuri, étourdi. Je lui prescrivis de la belladone; les crises éclamptiques devinren plus rares et cessèrent entièrement avec la coqueluche. Il n'en avait jamais eu aupa ravant, il n'en eut pas depuis.

On a quelquefois aussi observé des convulsions internes, telles que des spasme de la glotte, toujours mortels, suivant MM. Rilliet et Barthez; d'une manière gén rale, les convulsions internes tueraient quatre fois sur cinq, suivant ces mêm auteurs.

Une complication assez fréquente de la coqueluche, sont les épistaxis, que pe expliquer le raptus du sang vers la tête pendant les accès.

Plus rare est la rupture des bronches qu'on a quelquefois observée, avec emph sème sous-cutané de la base du cou.

D'après MM. Rilliet et Barthez, tandis que la dilatation des bronches serait u

séquence assez fréquente de la coqueluche, l'emphysème en serait une compli-
on rare. J'ai cependant rencontré dans la coqueluche ces emphysèmes passagers,
on peut observer dans toutes les bronchites accompagnées de toux violente. Mais
emphysème peut disparaître assez rapidement; et comme dans la complication,
est le plus souvent une cause de mort pour les enfants atteints de coqueluche,
quintes diminuent ou même cessent complétement, il n'est pas étonnant que
s les autopsies on ait très-rarement constaté la présence de l'emphysème.

On ne confondra pas cette faiblesse du bruit respiratoire qui se prolonge en sibi-
t dans l'emphysème avec celle qui résulte de la compression des grosses bronches
les ganglions tuméfiés. En effet, tandis que, dans l'emphysème, il y a ordinai-
ment ampliation exagérée du côté malade, dans l'adénopathie, au contraire, la
e thoracique tend à se rétrécir; l'expansion du côté correspondant aux ganglions
ctés est diminuée pendant l'inspiration et pendant la toux.

e ne reviendrai pas sur les symptômes de cette tuméfaction des ganglions bron-
ques, je les ai longuement décrits plus haut; la matité qui en indique l'existence
quelquefois d'une constatation délicate; au lieu d'une matité bien accentuée, on
t, comme nous l'avons dit, ne trouver qu'une simple élévation de tonalité avec
inution de l'élasticité. Ces deux signes réunis ont, ici comme ailleurs, une
s-grande valeur. Les ganglions des deux côtés peuvent, ce qui est très-rare, être
s au même degré. Dans ce cas, ce n'est plus par comparaison, c'est d'une ma-
re absolue qu'il faut apprécier la sonorité de la région sternale supérieure, et celle
gouttières vertébrales au-dessous du cou.

Les quintes de toux, surtout quand elles surviennent pendant ou peu après l'in-
tion des aliments, sont souvent suivies de vomissements; cependant ceux-ci ne
t pas toujours en rapport avec la violence des quintes; quelques malades même
des nausées ou des vomissements en dehors de la toux. La contraction des
scles expirateurs et la compression de l'estomac ne suffisent donc pas toujours
r les expliquer; on est conduit à faire une part, dans la production de ce phéno-
ne, à l'irritation du pneumogastrique. Blache a observé un enfant chez lequel les
ntes étaient accompagnées de tympanite.

Dans la seconde période de la coqueluche, vers la troisième semaine après le
ut, la rougeur diffuse de l'isthme et du pharynx s'efface graduellement ; çà et là
les bords des piliers, sur le voile et sur l'isthme du gosier peuvent se montrer
ore quelques petites taches rouges, érythémateuses; les glandes pharyngiennes
ent tuméfiées. Chez beaucoup de malades, leur couleur rouge tranche sur la
eur de la muqueuse voisine. En même temps chez les enfants, chez ceux surtout
ont la note lymphatique, il y a un catarrhe pharyngo-trachéal; ils expectorent,
ès les quintes, des crachats opaques qui ressemblent parfois aux crachats phthi-

soïdes de la rougeole. Dans ces conditions, la fièvre s'allume facilement ; ce excitation circulatoire qui précède et suit les quintes prend aisément le caract fébrile ; quelquefois même surviennent des accès fébriles périodiques, ou paroxysmes périodiques, si sous l'influence de l'affection catarrhale le malade a co servé un léger état pyrétique continu; cet état pyrétique est ordinairement accentué, et la chaleur de la peau peut ne pas atteindre 38 degrés pendant les rém sions. Dans ce cas-là, comme dans les fièvres catarrhales rémittentes, le sulfate quinine doit être prescrit.

J'ai vu, après plusieurs semaines, réapparaître une rougeur érythémateuse du sier qui, par sa forme et par sa localisation, ressemblait beaucoup à l'érythème initi Était-ce une congestion commune, non spécifique, expression de l'état catarrh ou bien, s'il existe un exanthème de la coqueluche, peut-il être récurrent, comme fièvre et l'éruption typhoïdes? Je pose ces questions sans les résoudre. En appel l'attention sur la congestion gutturale qui accompagne le début de la coqueluc je n'ai pas affirmé qu'elle fût spécifique, tout en exprimant la possibilité du f et en rappelant les analogies saisissantes, admises par tous les médecins, qui ex tent entre la coqueluche et les fièvres éruptives.

Dans cette même période, en même temps que l'érythème pharyngo-guttura pâli, la langue s'est nettoyée; et si on avait observé un léger mouvement fébrile début, il a disparu. On peut voir, toutefois, éclater par intervalles des ac fébriles accompagnés d'embarras gastrique et de recrudescence de la toux ; ordin rement une dose d'ipéca en fait justice. Cependant la nutrition s'altère; fatig par la fréquence des quintes, troublés dans leur sommeil, souvent privés par vomissements d'une partie des aliments destinés à les réparer, les malades m grissent, pâlissent, deviennent irritables et agités.

Le rôle que joue l'adénopathie dans les symptômes de la coqueluche, me pa pouvoir être complexe : d'une part, en comprimant les bronches, les gangli tuméfiés y entretiennent un état de stimulus et de congestion, en même ten qu'ils en diminuent le calibre, gênent le passage de l'air et l'expansion de la p trine ; d'une autre part, ils doivent exercer une action irritative sur la dixième pa La violence convulsive de la toux, le sifflement laryngien accusent un trouble d' nervation, et ce qui me fait penser que ces phénomènes névropathiques d coqueluche ne sont pas un effet direct de l'action morbide sur le pneumogastri c'est que, comme je l'ai déjà fait remarquer, ils ne se montrent qu'à une pér avancée de la maladie : dix ou quinze jours en moyenne après le début. Bien p ils ne sont pas constants; le sifflement laryngien manque dans des cas nombre et d'un autre côté, ce qui me semble affirmer davantage l'influence de l'adé pathie, on peut observer ce sifflement et la toux convulsive, ressemblant à cell la coqueluche, en dehors de cette maladie, chez des malades dont les gangli

nchiques sont tuméfiés. Tous les médecins qui se sont occupés de l'adénopathie nchique signalent cette ressemblance symptomatique. Si, comme je le crois, l'en-gement des ganglions bronchiques est constant dans la coqueluche, n'est-il pas isemblable que la toux spasmodique et le sifflement qui l'accompagnent dans utres circonstances, dans celle-ci également lui doivent être attribués (1)?

Lando, dans sa description d'une épidémie de Gênes, parle d'une coqueluche débutait par de l'enrouement et du coryza et était fréquemment compliquée de geole; la période catarrhale manquait le plus souvent. Cette complication de queluche et de rougeole, évoluant simultanément, ne me paraît pas admissible; is, dans la rougeole, la toux prend promptement un caractère convulsif; quel-efois même elle est accompagnée de sifflement. Comme une adénopathie bron-ique plus ou moins développée complique habituellement la rougeole, que par elque circonstance particulière elle s'accentue davantage, la toux pourra devenir queluchoïde; et peut-être l'intensité de la laryngo-trachéite signalée par Lando mme phénomène du début pourrait-elle rendre compte de cette exagération de ngorgement ganglionnaire. C'est encore par l'engorgement ganglionnaire que ut être expliquée cette analogie symptomatique signalée par MM. Rilliet et Barthez tre la coqueluche et certaines formes de bronchite aiguë qui, suivant la judicieuse marque de ces auteurs, se distingue par l'abondance des râles qui l'accompagnent s le début et par l'intensité du mouvement fébrile. On constatera encore cette alogie de symptômes dans la tuberculose des ganglions bronchiques ou dans cer-nes formes de tuberculose pulmonaire qu'on peut confondre, suivant les mêmes teurs, avec la troisième période de la coqueluche. Une même localisation mor-le dans toutes ces affections si diverses, produit la ressemblance des phénomènes orbides.

De toutes les complications de la coqueluche, une des plus fréquentes et des plus doutables est la broncho-pneumonie; je dirai, à l'occasion du traitement, quelles esures on doit prendre pour prévenir cette affection, presque fatalement mortelle ant 2 ans, disent MM. Rilliet et Barthez, toujours très-dangereuse, et qui le vient encore davantage quand elle se greffe sur la coqueluche.

En général, sous l'influence de la phlegmasie broncho-pulmonaire, la toux ange de caractère, les quintes sont moins intenses, moins fréquentes, moins con-lsives; elles perdent même le caractère des quintes de coqueluche; et ce change-ent, s'il coïncide avec de la fièvre, doit faire craindre au médecin une complica-n broncho-pneumonique. Bien qu'ordinairement elles ne surviennent qu'au bout

(1) Si je reviens sur ces considérations, c'est pour justifier l'opinion que j'ai adoptée, et qui très-différente de celle qu'on a admise jusqu'ici sur la valeur séméiologique et les condi-ns pathogéniques des phénomènes spasmodiques de la coqueluche.

de plusieurs semaines, les inflammations pulmonaires peuvent se montrer à un époque plus rapprochée du début; elles prennent parfois le caractère suffocant.

On a vu l'anasarque succéder à la coqueluche, mais les observations qui témoigner de ce fait ne sont pas assez détaillées pour qu'on puisse affirmer qu'il y a entre ce deux affections un rapport pathogénique; j'en dirai autant des observations d'ascite d'hydrothorax, d'hydrocéphale rapportées par quelques médecins.

Plus d'une fois, la tuberculose a succédé à la coqueluche; on peut même dire que de toutes les maladies aiguës, la coqueluche est, avec la rougeole, celle qui semble favoriser le plus puissamment l'éclosion du germe tuberculeux. Par sa durée, par ses localisations morbides, par la violence des ébranlements qu'elle imprime à la poitrine, la coqueluche réalise ces deux conditions qui dominent l'étiologie de la tuberculose : affaiblissement de l'organisme et incitation anomale des organes respiratoires.

Comme le disent MM. Rilliet et Barthez, il y a des cas dont le pronostic est délicat et dans lesquels le diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés ; ce sont ces coqueluches prolongées, qu'on rencontre quelquefois accompagnées de bronchite et de fièvre; celle-ci peut prendre le caractère de l'hectique; quelquefois des dilatations bronchiques compliquent cet état morbide. Alors on perçoit des phénomènes stéthoscopiques qui ressemblent à ceux de la tuberculose. Je rappellerai que l'adénopathie bronchique produit souvent dans la fosse sus-épineuse un souffle expirateur, qui peut se prolonger dans tout le lobe supérieur sous forme d'expiration exagérée, qui peut faire croire à une induration pulmonaire. Dans certains cas, suivant les éminents observateurs que j'ai cités, la marche ultérieure de la maladie peut seule en déterminer la nature.

Pronostic. — Développée après la première enfance, chez un sujet bien constitué et entouré de précautions convenables, la coqueluche est une maladie, en général, plus pénible que dangereuse. Mais le pronostic comporte des réserves motivées quelquefois par le caractère particulier de l'épidémie régnante, par les complications qui peuvent survenir, ou par l'impulsion funeste que la coqueluche peut donner aux prédispositions morbides des organes respiratoires. Quand ces prédispositions existent, il faut entourer le malade de toutes les précautions qui peuvent en prévenir l'évolution et se montrer encore plus réservé dans son jugement sur l'issue de la maladie.

Un autre point important du pronostic est la détermination du moment où le malade peut être mis en *libre pratique*, où il cesse d'être un foyer de contagion. Ici comme pour les fièvres éruptives, tout est à faire, et on ne sait ni quand la coqueluche commence à être contagieuse ni quand elle cesse de l'être; le vulgaire croit que le moment de la contagion active, dans les maladies éruptives, correspond

eur période de desquamation ou de déclin. On ne peut nier qu'elles ne soient ontagieuses à cette période, trop souvent les convalescents la transportent avec ux, et les agglomérations d'enfants : cours d'éducation, assemblées religieuses, unions de plaisir nous en offrent de très-fréquents exemples; mais il ne faut pas roire que la maladie ne soit contagieuse qu'à cette époque. Si on tirait des induc- ons des observations faites sur la vaccine, la maladie dont les propriétés conta- ieuses ont été le mieux étudiées, il semble établi que la vésicule vaccinale a une irulence très-active pendant les premiers jours de son évolution. Chez les génisses, près le septième jour, son inoculabilité est bien moins prononcée.

Il y a quelques semaines j'ai été témoin d'un fait qui tendrait à prouver que, pour rougeole, la contagion est très-active dès le début de la maladie : 60 enfants nviron étaient réunis pour assister à une représentation de marionnettes dans n salon de moyenne dimension. Là se trouvait une jeune fille de 14 ans qui, epuis deux jours, toussait et avait de la fièvre, mais qu'on n'avait pas voulu priver e ce plaisir. Le lendemain, chez cette jeune fille, qui n'avait jusque-là aucune pparence d'éruption, un exanthème morbilleux se déclara. Dans les dix jours qui uivirent, 27 de ces 60 enfants furent atteints de rougeole, un d'eux y succomba. insi la contagion avait été communiquée avant la période d'éruption, en réalité, endant la période *énanthématique;* l'éruption, en effet, commence par le tégument nterne, et elle débute avec la fièvre, la toux et le larmoiement.

A quelle époque finit la coqueluche? L'indécision est plus grande encore sur ce oint : six semaines, deux à trois mois sont les termes indiqués. Les auteurs dmettent des coqueluches qui durent deux et trois ans. J'ai dit ce que je pensais e ces coqueluches chroniques, que j'ai rapportées à l'adénopathie bronchique. L'en- orgement ganglionnaire survit à la maladie qui en a provoqué le développement, omme cela arrive si souvent dans d'autres régions lymphatiques ; et ce qui semble rouver que cet engorgement est pour beaucoup dans le caractère spasmodique de la oux, c'est qu'il lui peut maintenir ce caractère longtemps après que la coqueluche . disparu. Parfois cet engorgement diminue sans disparaître; la toux coqueluchoïde st suspendue pour reparaître de nouveau quand une congestion nouvelle, pro- oquée par une cause accidentelle, augmente le volume des ganglions et réveille 'incitation anomale qu'ils exerçaient sur les nerfs voisins.

Toutes ces questions de contagion, si importantes à résoudre, ne peuvent l'être dans es grandes villes. Au milieu de ces grands entassements d'êtres humains, de con- acts continuels et inconscients, il est impossible de suivre la trace d'un agent con- agieux, de préciser la date de sa pénétration dans l'organisme et la durée de son activité. Ce serait dans les campagnes et dans les petites villes qu'on pourrait, avec succès, entreprendre ce travail et déterminer les limites de la contagion : les rela- tions sociales y sont beaucoup plus restreintes, plus rares et par cela même beau-

coup plus faciles à observer. Nos confrères de la province rendraient ainsi un immense service à la science et à la pratique, s'ils voulaient entreprendre cette tâche qu'eux seuls peuvent mener à bonne fin.

La coqueluche atteint rarement deux fois le même individu. MM. Rilliet et Barthez disent n'en avoir jamais vu d'exemple, j'en ai observé un dans ma famille peut-être cette récidive est-elle plus fréquente qu'on ne le croit, comme nous dirons bientôt à propos du diagnostic.

Diagnostic. — La toux quinteuse, opiniâtre, suivie ou entrecoupée d'inspiration sifflantes, est le signe le plus caractéristique de cette affection, et cependant, nous l'avons vu, cette inspiration sifflante n'est pas constante; on l'observe, de l'avis de tous les médecins, dans d'autres affections. La fréquence, l'opiniâtreté des quintes convulsives succédant à cette période catarrhale, qui dure en moyenne huit à quinze jours, puis la décroissance progressive et la cessation complète tout trouble fonctionnel des organes respiratoires distinguent la coqueluche des autres états morbides qui s'en rapprochent par leur expression symptomatique. Il est plus difficile de distinguer certaines formes altérées et dégénérées de la coqueluche des pharyngo ou laryngo-trachéites vulgaires, auxquelles on donne le nom de rhumes. J'ai vu plusieurs fois, dans les familles dont quelques membres étaient atteints de coqueluche incontestable, plusieurs personnes prises de toux quinteuses qui duraient une quinzaine de jours, et cela dans une saison où on n'observait pas de catarrhes bronchiques épidémiques. Dernièrement j'ai observé des toux de ce caractère chez deux hommes, dont l'un certainement, et l'autre probablement, avait eu déjà la coqueluche, et qui, tous deux, se trouvaient en rapport constant avec trois personnes atteintes de cette maladie sous sa forme la mieux caractérisée. En même temps, chez ces deux hommes, le pharynx, l'isthme du gosier, étaient très rouges et granuleux; la luette étaient congestionnée et infiltrée. Le temps était magnifique, très-chaud; aucune épidémie catarrhale ne régnait en ce moment. Il m'était difficile de ne pas comparer ces affections catarrhales légères, développées au milieu d'un foyer contagieux, à ces éruptions varioliques bâtardes qui, se réduisant à quatre ou cinq pustules, paraissent au milieu d'un malaise général presque insignifiant; et cependant cette éruption si légère a tellement le caractère de la spécificité, qu'elle conserve toute la puissance et la virtualité virulentes de la variole la plus intense; et le principe contagieux, sorti de ce foyer si anodin, peut se transmettre et évoluer sous ses formes les plus graves, s'il trouve un terrain prédisposé. La contagiosité serait la pierre de touche de ces coqueluches frustes ou coqueluchoïdes développées dans un foyer contagieux; elle en démontrerait la nature. J'appelle l'observation sur ce point, et si elle vérifiait la nature spécifique de ces affections catarrhales nées dans un foyer de coqueluche, elle expliquerait cette op

ion vulgaire, que la coqueluche peut être transmise par des gens qui vivent dans n milieu contagieux et qui ne sont pas elles-mêmes atteintes de coqueluche.

Traitement. — A propos du traitement, je ne ferai pas l'énumération de tous les rétendus spécifiques qu'on a préconisés contre cette affection. J'avoue n'en avoir amais vu qui m'aient laissé l'impression d'une efficacité incontestable; je n'ai jamais bservé d'effets assez rapides ou assez constants pour que la part faite à l'action du médicament fût d'une appréciation facile.

Avant d'indiquer ceux qui se recommandent par l'autorité des médecins qui les nt vantés et surtout par leur innocuité, je dirai quelles sont les indications thérapeutiques générales qui me paraissent ressortir des symptômes de la maladie.

Pendant la période catarrhale ou énanthématique, si l'on accepte l'assimilation que ai cherché à établir entre la coqueluche et les fièvres éruptives, il faut maintenir e malade dans une température douce, égale, le soustraire aux causes qui pourraient troubler cet acte congestif qui est, peut-être, un acte éliminateur.

Si la congestion dépasse l'intensité ou l'étendue qui lui sont naturelles, si elle 'étend aux bronches et est accompagnée d'une réaction inflammatoire considérable, ipéca et les révulsifs me paraissent les deux pivots du traitement. Laënnec regardait les vomitifs comme la meilleure des médications qu'on pût opposer à la oqueluche; et il les répétait tous les jours ou tous les deux jours pendant les deux remières semaines de la maladie. Sans adopter une formule systématique qui peut atiguer le malade et user l'action du remède, toutes les fois que des râles bronniques nombreux indiquent une congestion intense des tubes aérifères, si en hême temps des phénomènes réactionnels apparaissent, j'administre immédiatement un ipéca; et si la finesse des râles secs, leur mélange avec des bulles humides ne font craindre que l'inflammation ne soit aux portes des bronches capillaires et e puisse y pénétrer, j'applique un révulsif : thapsia ou huile de croton; chez les nfants, je mêle quelques gouttes de cette dernière, en proportion variable suivant es âges, avec de l'huile d'amandes douces; et j'étends ce mélange sur la partie centrale d'un morceau de diachylum pour le laisser appliqué plus ou moins longtemps, uivant la force et l'irritabilité du sujet. Ainsi, chez un très-jeune enfant, je pourrai n'en mettre qu'une à deux gouttes avec deux ou trois gouttes d'huile d'amandes douces, et je ne l'appliquerai que pendant deux heures; on peut ainsi graduer et imiter à son gré l'action du révulsif, mieux qu'on ne le pourrait faire avec l'emplâtre de thapsia, qui est souvent, d'ailleurs, falsifié à l'aide de l'huile de croton.

Je répète le vomitif toutes les fois que l'état des bronches le commande; les enfants supportent très-bien l'ipécacuanha, et il ne faut pas craindre d'y revenir; on voit des poussées de bronchite, accompagnées d'une fièvre intense, céder au vomitif. L'ipécacuanha est encore indiqué quand surviennent des troubles dyspep-

tiques très-accusés. Nous avons vu que dès le début de la période catarrhale éruptive, la langue est saburrale; elle conserve en général ce caractère pendant u ou deux semaines, cependant l'appétit ordinairement persiste, alors même que vomissements rejettent au dehors la plus grande partie des aliments ingérés.

Il n'en est pas toujours ainsi : chez quelques malades, l'ébranlement nerv produit par la violence et la fréquence des quintes, l'anxiété, la souffrance trouble du sommeil, affaiblissent l'action digestive; ajoutez à cela que les enfa ravalent souvent une grande quantité des mucosités, peut-être chargées du princ virulent. Dans ces conditions encore, l'ipéca intervient d'une manière efficace on peut voir un enfant qui, depuis deux jours, se refusait à toute nourritu éprouver quelques heures après l'ipéca la sensation d'un franc appétit (1).

C'est ainsi que l'on remplit ces indications qu'on peut appeler majeures, pa qu'elles s'adressent aux points capitaux de la maladie : prévenir ou arrêter les co plications broncho-pulmonaires, soutenir les forces en entretenant l'action dig tive. En même temps on prescrira des calmants pour modérer la violence et la quence des quintes : réunissant tous ceux dont l'expérience a consacré l'usage, fait une espèce de thériaque que je formule à peu près ainsi, variant les proporti et les doses suivant les âges et les autres conditions individuelles :

Sirop de fleurs d'oranger.	45 grammes.
— de codéine.	30 —
— de belladone.	30 —
— d'éther.	15 —
Eau de laurier-cerise.	6 —
Bromure de potassium.	2 à 3 gram.
Musc.	0,20 centigr.

Aux enfants de 8 à 10 ans, j'en donne trois cuillerées d'entremets (de 10 gr soir, pendant la nuit et le matin, évitant pendant le jour l'usage des narcotic qui pourraient troubler ou engourdir l'action des organes digestifs. Cette mix m'a paru d'un bon effet. Souvent j'en retranche le musc, qui est antipathique à b coup de personnes.

Je règle le régime d'après l'appétit du malade. Si la toux revient après les r et provoque le vomissement, je donne, quinze à vingt minutes avant l'ingestion aliments, une à quatre gouttes de teinture de belladone dans une petite infu amère pour retarder les quintes et, avant leur explosion, laisser aux alimen temps de franchir l'orifice pylorique. Chez les tout petits enfants, je fais faire q ques frictions sur la région sternale avec une pommade faiblement belladonée :

(1) J'ai même vu cet effet se produire chez un enfant de 8 ans, qui avait avalé 75 cen d'ipéca, et qui, redoutant le vomissement, était parvenu à le contenir. La modification fonctions digestives n'en fut ni moins rapide ni moins efficace.

Axonge.	30 grammes.
Extrait de belladone	0 gr. 30 centigr.

Dans quelques cas, avons-nous dit, on observe des accès ou des paroxysmes fébriles périodiques; le sulfate de quinine est indiqué; il m'a paru encore utile quand les quintes s'accumulent périodiquement vers la même heure de la journée; c'est, en général, vers le soir.

Beaucoup de médecins conseillent de laisser sortir les enfants atteints de coqueluche. L'opinion que je me suis faite de la nature énanthématique de la coqueluche, la localisation de l'action morbide dans les voies aériennes supérieures, la tendance à l'envahissement de l'appareil broncho-pulmonaire, et le danger de cette complication m'ont fait, depuis le début de ma carrière, constamment adopter une ligne de conduite toute opposée, et je n'ai pas eu à m'en repentir; la durée de la maladie est certainement plus courte; je n'ai jamais eu à traiter de complications graves en suivant cette méthode, tandis que j'ai vu plus d'une fois succomber à des broncho-pneumonies des enfants qui avaient été traités d'une autre manière. J'ajouterai que M. Barthez, qui, dans son livre, s'était rangé à l'opinion commune, m'a dit qu'il l'avait abandonnée, et que l'expérience l'avait conduit à adopter spontanément la pratique que je recommande ici. En hiver, j'interdis absolument les sorties; chez les enfants en bas âge, je les interdis en toute saison; chez des enfants plus âgés, dans la belle saison, quand la coqueluche est bénigne, je permets, après les douze ou quinze premiers jours, des sorties courtes, rares, avec beaucoup de précautions; et même, dans ces conditions, j'ai vu plus d'une fois la toux augmenter après ces sorties que j'avais autorisées pour relever l'activité nutritive languissante. J'ai soin d'ailleurs de faire promener les petits malades dans l'appartement, cherchant les chambres ensoleillées, et y établissant des conditions de température uniforme; et je leur fais faire de l'exercice, avec modération toutefois, car les mouvements violents provoquent souvent des quintes. Chez les enfants délicats, chez ceux dont les organes respiratoires peuvent être menacés par quelques prédispositions héréditaires, j'insiste avec autant de rigueur que chez les enfants en bas âge sur tous ces soins minutieux, et je veille sur le travail nutritif, dont l'affaiblissement est l'auxiliaire le plus puissant des éclosions diathésiques.

Pendant la seconde période, et même pendant la première, dès que je constate les signes de l'adénopathie bronchique, je fais des applications de teinture d'iode sur les régions ganglionnaires, alternativement en avant et en arrière; et, après deux ou trois semaines, quand l'injection gutturale a à peu près disparu, que les phénomènes spasmodiques dominent la scène morbide, sous l'impression du rôle probable que joue l'engorgement des ganglions dans ces troubles d'innervation, je donne l'eau de La Bourboule, qui exerce souvent une action résolutive efficace sur les ganglions tuméfiés : chez les enfants de 3 à 4 ans, j'en donne de quatre à huit

cuillerées par jour; de 6 à 10 ans, j'en donne deux quarts de verre, deux tiers verre, quelquefois même deux demi-verres dans les vingt-quatre heures.

Les émanations de goudron peuvent être utiles dans cette période. Quelquefo quand la toux est très-fréquente, et surtout dans ces toux incessantes do nous avons parlé, qui terminent chaque expiration, j'ai fait avec avantage sur pharynx des applications calmantes, soit avec la teinture de belladone, soit avec laudanum, quelquefois avec du glycérolé de morphine, topique qui serait plus in dèle, si, comme le croient quelques personnes, et parmi elles un pharmacien di tingué, M. Vigier, la glycérine s'opposait à l'absorption des principes médicame teux qu'elle dissout. Cependant, j'ai vu ce glycérolé produire des effets calmants.

Quand, au bout de quatre à cinq semaines, la maladie persiste, tout le monde d'accord, médecins et public, sur l'opportunité et l'efficacité d'un changement d'a J'y mets une seule restriction, c'est que les conditions atmosphériques soient fav rables, et qu'aucun signe ne fasse pressentir l'imminence d'une complicati inflammatoire de l'appareil respiratoire; bien entendu on choisira, pour y transp ter le malade, un séjour salubre et un climat tempéré; avec ces précautions, changement d'air est souvent d'une grande efficacité pour hâter la terminaison d fins de coqueluche, surtout chez les enfants qui habitent les grandes villes et y r pirent un air insalubre ou peu vivifiant.

J'ai dit ce que je pensais des spécifiques de la coqueluche; ceux que la mo vante aujourd'hui sont : le drosera, la cochenille, l'usine à gaz, l'air comprimé, café vert.

Le *drosera rossolis* a été préconisé comme un spécifique de la coqueluche, et, da ces dernières années, il tenait la corde parmi les prétendus spécifiques opposés cette maladie; sans nier qu'il ait pu être utile dans la période spasmodique, je p dire que je l'ai vu employer sans succès. Quel est, d'ailleurs, le médicament co stamment efficace, surtout dans les maladies où le système nerveux joue un r important? Et pourquoi rejeter ceux qui auraient paru agir dans des affections au capricieuses et aussi rebelles, surtout quand ils sont inoffensifs? D'une aut part, quelle difficulté n'y a-t-il pas à apprécier le rôle et la part du médicame dans une affection dont la marche et la durée sont aussi mal déterminées et au imprévoyables? Ces réflexions s'appliquent aux autres médications qu'on a préc nisées dans la coqueluche.

La cochenille a aussi d'assez nombreux partisans : M. Vigier a donné la formu suivante, qui est d'une bonne conservation :

Cochenille	2 gram. 50 centigr.
Carbonate de potasse.	2 grammes.
Eau distillée bouillante.	140 —
Sucre.	225 —

F. un quart de litre du sirop. Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

l y a sept ou huit ans, l'usine à gaz a été à la mode; je ne l'ai jamais conseillée, is je sais que, pour quelques succès apparents, ce moyen compte beaucoup d'échecs. vu des malades qui s'en étaient très-mal trouvés, et dont la toux avait été exas-ée, ou qui avaient contracté des bronchites capillaires sous l'influence de ces nations hydrocarburées. D'ailleurs, si ce moyen pouvait jamais être utile, ce it très-probablement à une époque déterminée de la maladie; employé indis-tement dans toutes les périodes, il ferait beaucoup plus de mal que de bien, si il était vrai qu'il pût jamais faire de bien. Pour moi, ce qui m'empêchera de ais le tenter, c'est la nécessité qu'il impose de faire sortir les malades et sou-t de les exposer à des conditions de température défavorables.

'ailleurs, alors même qu'on éviterait cet inconvénient, des expériences ont été es à l'hôpital des Enfants par M. H. Roger avec des émanations de résidus ine à gaz et des trochisques pouvant fournir des exhalaisons analogues; ce pra-en éminent a en outre ouvert une enquête sérieuse auprès des médecins qui taient le voisinage des usines à gaz et qui en avaient observé les effets; il n'a rencontrer aucun fait probant en faveur de cette médication; quelquefois, sous luence des circonstances que j'ai énoncées plus haut, elle a paru aggraver la adie et développer des complications broncho-pneumoniques.

'appareil à air comprimé présente les mêmes inconvénients.

e café a été préconisé dans la coqueluche; sans lui accorder aucune action spé-ue, MM. Rilliet et Barthez ont constaté qu'il arrêtait les vomissements. Une tte vulgaire prescrit de faire bouillir des grains de café vert en nombre propor-né à l'âge du malade, une douzaine, par exemple, pour un enfant de 8 ans. On 'ait bouillir pendant une demi-heure dans une petite tasse d'eau qu'on laisse bidir et qu'on boit en deux doses. J'ai vu des mères de famille et même des mé-ns qui m'ont assuré s'être bien trouvés de ce moyen. Pour moi, son innocuité paraît être son principal avantage dans une affection où les malades sollicitent remèdes, et croient n'avoir rien fait quand ils n'ont pas employé quelque médi-ent qui s'adresse spécialement à la coqueluche. A ce titre, le café vert peut rem-une indication psychologique; il a l'avantage sur le café noir d'être inusité, et là même d'agir davantage sur l'imagination, cette faculté qui exerce une si sante influence sur la fonction d'innervation et peut jouer un grand rôle dans ffections nerveuses pour les atténuer ou les augmenter.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.